-Demokratische Volksrepublik Algerien-

Wilaya: ……

Öffentliches Gesundheitszentrum der Nähe: ……

Allgemeines / Spezielles Ärztliches Attest

Ich, Unterzeichner(in), Dr. ……., bestätige, dass ich die/den Genannte(n) untersucht habe:
Name und Vorname: ……
Geburtsdatum und -ort: …… in ……
Status der betroffenen Person: Bewerber(in) für ……..

Die ärztliche Untersuchung zeigte keine Anzeichen für folgende Krankheiten:
- Infektionskrankheiten
- Krebserkrankungen
- Körperliche Lähmung
- Schwere Kinderkrankheiten (falls minderjährig)
- Lungenerkrankungen
- Lungentuberkulose

Dementsprechend wird die betroffene Person als medizinisch tauglich angesehen.

Ausgestellt in …… am : ……..

Unterschrift des Arztes und Stempel der Einrichtung,